

# PERAN DINAS KESEHATAN PROVINSI DALAM UPAYA PEMBINAAN UNTUK MENINGKATKAN MUTU LAYANAN RUMAH SAKIT

SK.Poerwani<sup>1</sup> dan Evie Sopacua<sup>1</sup>

## ABSTRACT

*A Province Health Office has an important role to conduct post hospital accreditation survey monitoring. In Indonesia the hospital accreditation survey was implemented since 1994, but most of the accredited hospitals had not yet received post survey monitoring from Province Health Offices. Actually this monitoring was a part of the accreditation cycle that has purpose for continuing quality improvement at the hospitals. The reason for not yet optimal performances was differences of perception about the Hospital Accreditation concept among the Province Health Office personnels who have the capability to do the monitoring. This is why Hospital Accreditation socialization still seriously needed to develop an understanding of the concept among the Province Health Office personnels so that monitoring the activities of the post accreditation surveys can be done continuously.*

**Key words:** Province Health Offices, monitoring, post hospital accreditation survey

## PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan salah satu subsistem pelayanan kesehatan yang menjadi tempat rujukan bagi unit-unit pelayanan kesehatan dasar dan sampai tahun 2004 jumlahnya telah mencapai 1.300 buah yang tersebar di seluruh Indonesia. Penerapan kebijakan desentralisasi termasuk bidang kesehatan, mendudukan rumah sakit di daerah dalam sistem pemerintahan daerah sebagai lembaga teknis daerah. Kedudukan ini menyebabkan rumah sakit bertanggung jawab langsung kepada Kepala Daerah di provinsi atau kabupaten/kota. Hal ini secara langsung atau tidak akan mempengaruhi hubungan koordinasi dengan Dinas Kesehatan setempat. Situasi seperti ini memerlukan suatu kejelasan pembagian tugas dan pengaturan kelembagaan di setiap tingkat administrasi.

Penelitian oleh Poerwani SK, dkk. (2003) tentang Pengembangan Sistem Kelembagaan di Bidang Kesehatan menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan kabupaten/kota belum optimal berfungsi sebagai regulator. Padahal tuntutan akan mutu pelayanan kesehatan oleh rumah sakit semakin meningkat ditandai dengan berbagai kritikan tentang ketidakpuasan

terhadap pelayanan rumah sakit melalui berbagai media massa, bahkan mengarah pada tuntutan hukum. Disisi lain, semakin maraknya perkembangan asuransi termasuk asuransi kesehatan, menuntut adanya kesesuaian pelayanan dengan standar yang telah ditentukan.

Upaya menjaga dan meningkatkan mutu layanan rumah sakit yang dilakukan pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan adalah akreditasi rumah sakit dalam penataan perumahnya di Indonesia baik milik pemerintah maupun swasta. Dalam pelaksanaan akreditasi ini, peran Dinas Kesehatan Provinsi adalah mempersiapkan dan membina rumah-rumah sakit di wilayah kerjanya baik pra maupun pascasurvei akreditasi secara berkesinambungan. Dengan demikian disadari peran Dinas Kesehatan Provinsi merupakan upaya menjaga mutu pelayanan rumah sakit.

## ANALISIS SITUASI

Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit oleh Departemen Kesehatan adalah akreditasi rumah sakit melalui KARS (Komisi Akreditasi

<sup>1</sup> Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Jl. Indrapura 17, Surabaya 60176

Korespondensi: SK. Poerwani

Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan

Jl. Indrapura 17, Surabaya 60176

Email: skpoerwani@yahoo.com

Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan lainnya) belum berjalan sebagaimana yang diharapkan. Target yang ditentukan pada 2010 adalah terakreditasinya 75% rumah sakit. Hal dirasakan sulit untuk mencapainya karena sampai tahun 2007 menurut catatan di KARS, survei akreditasi baru dilaksanakan pada 30% rumah sakit baik pemerintah maupun swasta. Rumah sakit yang belum melaksanakan kegiatan survei akreditasi umumnya disebabkan belum menyadari manfaat akreditasi, keterbatasan pemahaman sumberdaya manusia di rumah sakit tentang akreditasi dan terbatasnya ketersediaan dana untuk pelaksanaan survei akreditasi.

Manfaat akreditasi oleh rumah sakit yang telah melaksanakan kegiatan tersebut, sebagai contoh di RSUD Banjarbaru Provinsi Kalimantan Selatan seperti yang dimuat dalam Banjarbaru Post 11 Mei 2002 dengan judul "RSU Berantas Pungli".

Pengakuan dari Pemerintah c.q. Departemen Kesehatan tentang kelulusan akreditasi untuk 5 kegiatan pelayanan dasar yaitu Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medik, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan dan Pelayanan Rekam Medik ternyata membawa dampak yang positif terhadap manajemen rumah sakit RSUD Banjarbaru di Provinsi Kalimantan Selatan. Direktur RSUD mengaku sangat bangga karena merupakan

prestasi tersendiri. Sebagai dampaknya Direktur secara tegas akan segera memberantas segala bentuk pungutan liar yang selama ini dikeluhkan pasien. Selain itu menegakkan tingkat kedisiplinan para pegawai rumah sakit, termasuk para dokter spesialis. Sehingga di masing-masing bagian terdapat pemberitahuan kepada pasien dan keluarganya mengenai jadwal dan jam berapa sang dokter ada di tempat pelayanan (rumah sakit), demikian pula tentang tarif yang dikenakan untuk setiap pelayanan yang diterima pasien. Pesan Direktur, pengakuan yang diberikan pemerintah tentang kelulusan akreditasi tidak akan berarti apa-apa tanpa diimbangi dengan peningkatan mutu pelayanan. Pesan ini perlu digaris bawahi oleh para pengelola dan pelaksana pelayanan rumah sakit.

Pada sisi yang lain, dari catatan pelaksanaan bimbingan di rumah sakit oleh tim KARS menggunakan instrumen *self assessment* Akreditasi RS (Poerwani, 2003–2004), dalam lingkup standar administrasi dan manajemen, rekam medik, farmasi dan K3RS memberikan gambaran seperti Tabel 1.

Gambaran dalam Tabel 1 mengasumsikan bahwa belum terlaksananya pembinaan oleh Dinas Kesehatan Provinsi disebabkan keterbatasan pemahaman sumberdaya manusia tentang akreditasi dan terbatasnya ketersediaan dana untuk pelaksanaannya.

**Tabel 1.** Gambaran pelaksanaan bimbingan survei akreditasi rumah sakit tahun 2003–2004

Σ Rumah Sakit	Jenis pelayanan yang dibimbing	Temuan dalam pembimbingan
2 RS	5 jenis pelayanan dasar	Nilai masih di bawah standar pencapaian, walau ada pembimbingan dari Dinas Kesehatan Provinsi. Hanya saja pelaksanaan di RS tidak terkoordinasi dengan baik, setiap pokja masih jalan sendiri-sendiri.
6 RS	12 jenis pelayanan	Seharusnya bila akan melaksanakan akreditasi untuk 12 jenis pelayanan maka untuk 5 jenis pelayanan dasar sudah mencapai standar yang telah ditentukan. Tetapi kenyataannya pascasurvei 5 jenis pelayanan dasar tidak ada pembinaan dari Dinas Kesehatan Provinsi sehingga rekomendasi dari tim survei akreditasi KARS tidak ditindak-lanjuti.
2 RS	16 jenis pelayanan	Kondisi yang sama ditemukan ketika RS akan melaksanakan survei akreditasi terhadap 16 pelayanan, maka 12 jenis pelayanan termasuk 5 jenis pelayanan dasar karena tidak ada pembinaan pascasurvei akreditasi dari Dinas Kesehatan Provinsi maka pencapaian nilai masih dibawah standar.

RS: Rumah Sakit

Padahal pembinaan pascasurvei akreditasi yang berkesinambungan oleh Dinas Kesehatan Provinsi berdampak pada peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit.

## LANGKAH PEMBINAAN

Langkah dalam pembinaan oleh Dinas Kesehatan Provinsi ini disusun berdasarkan Pedoman Akreditasi Rumah Sakit tahun 2003 oleh Poerwani (2007).

### Langkah pertama

Pembinaan dalam rangka peningkatan mutu layanan kesehatan oleh Dinas Kesehatan Provinsi sebaiknya dilaksanakan oleh sebuah tim. Keanggotaan tim terdiri dari lintas unit kerja di Dinas Kesehatan Provinsi dan unit kerja lintas sektor yang terkait dengan kesehatan. Legalitas tim ini diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan atau Gubernur. Tim ini kemudian membangun visi sebagai landasan gerak pembinaan mengacu pada pelayanan yang prima, terjangkau dan merata sesuai standar rumah sakit.

Berdasarkan visi, misi tim dijabarkan dengan kandungan:

1. Meningkatkan peran pemerintah kabupaten/kota dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya melalui pelayanan di rumah sakit.
2. Meningkatkan peran pemerintah kabupaten/kota dalam upaya pembiayaan pelayanan yang dilaksanakan rumah sakit, khususnya bagi masyarakat tidak mampu di wilayah kerjanya.
3. Meningkatkan peran rumah sakit pemerintah kabupaten/kota dalam peningkatan mutu pelayanan bagi masyarakat khususnya bagi yang tidak mampu untuk jenis pelayanan rujukan, kegawatdaruratan, kesehatan ibu dan anak, pelayanan darah, kekurangan protein/kurang gizi serta pemberantasan penyakit menular.
4. Mengembangkan sistem pembiayaan pelayanan kesehatan dengan menghitung *unit cost* untuk masing-masing jenis pelayanan.

Visi dan misi tim ini bertujuan agar melalui pembinaan yang intensif, dapat terlaksana:

1. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pembiayaan oleh pemerintah kabupaten/kota

2. Pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan rujukan yang tepat guna sesuai tuntutan masyarakat di wilayah kerjanya.
3. Pelayanan rumah sakit yang bermutu dan dapat dijangkau oleh segenap lapisan masyarakat termasuk yang tidak mampu.

### Langkah kedua

Semua anggota tim perlu memahami Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Daerah berdasarkan Permenkes No. 228/Menkes/SK/III/2002 yaitu.

1. SPM Rumah Sakit Daerah adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit. Indikator yang merupakan variabel ukuran atau tolok ukur dalam SPM dapat menunjukkan indikasi-indikasi terjadinya perubahan tertentu. Untuk mengukur kinerja rumah sakit ada beberapa indikator yaitu Input, Proses, Output, *Outcome*, *Benefit* dan *Impact*. Standar dalam SPM adalah spesifikasi teknis atau yang dibakukan sebagai patokan dalam melakukan kegiatan. Standar ini dapat ditentukan berdasarkan kesepakatan provinsi, kabupaten/kota sesuai dengan *evidence based*.
2. Rumah sakit harus memberikan pelayanan untuk keluarga miskin dengan biaya ditanggung oleh pemerintah kabupaten/kota sesuai dengan kewenangan wajib yang harus dilaksanakan rumah sakit. Rumah sakit harus meningkatkan kemampuan manajemen di rumah sakit yang meliputi manajemen SDM, manajemen keuangan, manajemen sistem informasi Rumah Sakit internal dan eksternal rumah sakit, manajemen sarana dan prasarana dan manajemen mutu pelayanan.

### Langkah ketiga

Tim perlu memahami kandungan SPM rumah sakit dan mengkaitkannya dengan indikator kinerja atau cakupan yang harus dicapai, seperti Tabel 2.

### Langkah keempat

Tim kemudian menyusun instrumen atau format untuk pelaksanaan pembinaan. Dalam kaitan pembinaan pascasurvei akreditasi, maka



**Tabel 2.** Indikator kinerja dari SPM Rumah Sakit Daerah

No	Pelayanan Kegiatan Minimal Yang Wajib dilaksanakan	Indikator Kinerja/Cakupan
1	Penyelenggaraan pelayanan kesehatan	Jumlah rumah sakit, 1 TT untuk 1500 penduduk untuk RS Kls C, 100% keluarga miskin terlayani
2	Manajemen rumah sakit	
	a. SDM	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Jumlah dokter spesialis 4 dasar</li> <li>– Membuat rencana ketenagaan kerjaan di RS meliputi tenaga medis, non medis, perawat.</li> <li>– Diklat tersedia 5% dari anggaran RS</li> </ul>
	b. Keuangan	Penerimaan RS untuk pembiayaan operasional RS, analisis keuangan, perencanaan dan evaluasi
	c. Sarana, prasarana, alat kesehatan untuk pendukung pelayanan	Sesuai dengan standar pelayanan, alat medis sesuai dengan kebutuhan spesialis yang dimiliki, pelaksanaan kalibrasi berkala. Sanitasi lingkungan RS dipantau berkala
	d. Perencanaan administrasi	Rencana strategi, <i>master plan</i> , <i>master program</i>
	e. Mutu pelayanan	Rumah sakit terakreditasi untuk pelayanan dasar termasuk terpantaunya ke 18 indikator klinik rumah sakit
	f. Manajemen sistem informasi RS	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rekam medik</li> <li>– Informasi keuangan RS</li> <li>– Data umum, informasi kegiatan dan pelayanan RS</li> <li>– Data kepegawaian</li> <li>– Data alat, dll</li> </ul>
3	Pelayanan medik	
	a. Rawat jalan	Pelayanan oleh tenaga medis, meliputi promotif preventif, kuratif, rehabilitatif, rujukan kegawatdaruratan, kesehatan ibu dan anak, pemberantasan penyakit menular
	b. Rawat inap	Tersedianya pelayanan rawat inap bagi pasien miskin di rawat inap kelas III
	c. Pelayanan penunjang	Radiologi, pelayanan darah, rehabilitasi medik, farmasi, gizi

Sumber: Permenkes No 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit Umum Daerah (Depkes RI., 2002).

instrumen pembinaan disusun mengacu instrumen *self assessment* akreditasi RS edisi tahun 2007 yang telah memasukkan keselamatan pasien sebagai salah satu parameter.

#### Langkah kelima

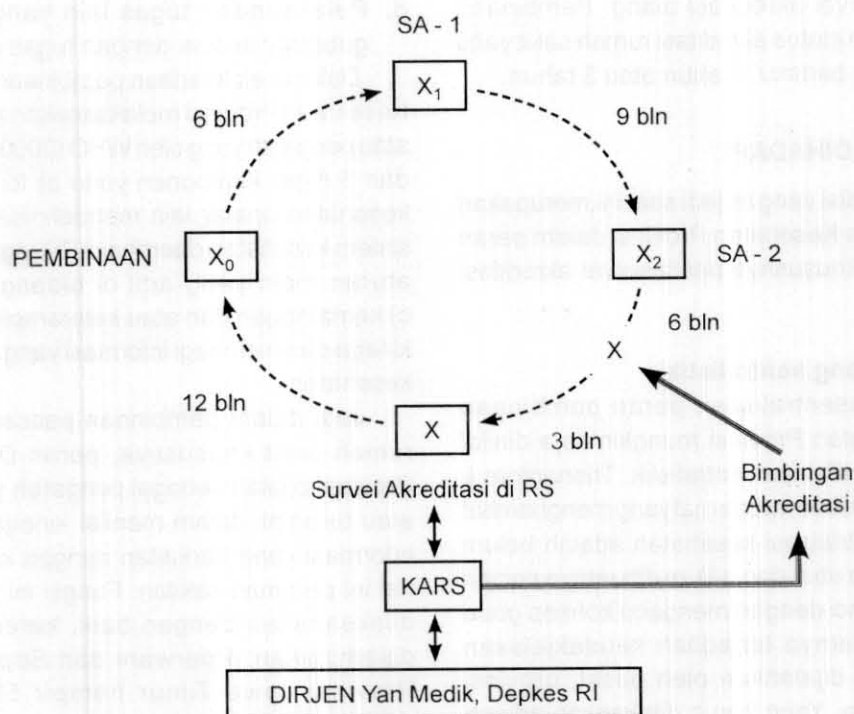
Tim melaksanakan pembinaan di rumah sakit dalam wilayah kerjanya pada manajemen rumah sakit termasuk di dalamnya pelayanan medis dan penunjang medis agar kinerjanya dapat dipertahankan atau ditingkatkan. Proses pembinaan ini merupakan siklus kegiatan yang berkesinambungan dan terus-menerus dalam kurun waktu 3 (tiga) tahun, dimulai dari titik awal seperti digambarkan pada skema siklus kegiatan kreditasi pada Gambar 1 (KARS, 2004).

Pola pembinaan yang harus difahami tim pembina Dinas Kesehatan Provinsi adalah bahwa ketika

sebuah rumah sakit disurvei untuk akreditasi maka hasilnya: 1) tidak lulus, 2) lulus bersyarat atau 3) lulus penuh. Setiap hasil yang dicapai rumah sakit, diikuti rekomendasi dari tim survei KARS yang seharusnya merupakan dasar dari rumah sakit untuk memperbaiki setiap standar yang penilaiannya kurang atau mempertahankan standar tersebut pada nilai atau skor maksimal. Rekomendasi ini juga dapat digunakan tim pembina dari Dinas Kesehatan Provinsi sebagai dasar pembinaan di rumah sakit yang bersangkutan.

Pola pembinaan pascasurvei akreditasi adalah sebagai berikut

- Untuk rumah sakit yang dinilai tidak lulus, maka pembinaan tim Dinas Kesehatan Provinsi ditujukan agar pada survei akreditasi berikut, rumah sakit dapat lulus penuh. Jadwal pembinaan diatur tim bersama rumah sakit, sehingga kegiatan persiapan



SA: Self Assessment, DIRJEN Yan Medik: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik

Sumber: Pelatihan surveyor akreditasi RS (KARS. 2004)

**Gambar 1.** Siklus kegiatan akreditasi rumah sakit.

akreditasi termonitor sampai dengan tanggal pelaksanaan survei akreditasi oleh KARS dengan memperhatikan siklus kegiatan akreditasi.

- Sertifikasi rumah sakit yang terakreditasi lulus bersyarat berlaku untuk satu tahun, artinya selama satu tahun tersebut rumah sakit mempunyai kesempatan memperbaiki parameter dari standar yang dinilai kurang oleh tim survei KARS. Tujuan pembinaan tim Dinas Kesehatan Provinsi di sini adalah membantu rumah sakit agar dalam penilaian berikut dapat lulus penuh. Untuk itu, tim membuat jadwal pembinaan selama satu tahun yang disepakati rumah sakit dengan memperhatikan siklus kegiatan akreditasi sampai tanggal pelaksanaan survei akreditasi.
- Sertifikasi rumah sakit yang terakreditasi lulus penuh berlaku untuk tiga tahun. Hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit mempunyai kesempatan tiga tahun untuk memperbaiki standar dan parameter yang dinilai kurang dan mempertahankan standar

dan parameter yang dinilai telah mencapai skor maksimal sesuai rekomendasi tim survei KARS. Selama tiga tahun ini peran pembinaan oleh tim Dinas Kesehatan Provinsi sangat diperlukan. Untuk itu jadwal pembinaan diatur tim dan disepakati rumah sakit sampai tanggal pelaksanaan survei akreditasi berikut mengikuti siklus kegiatan akreditasi.

- Siklus kegiatan akreditasi (Gambar 1) yang perlu difahami adalah bahwa 6 bulan setelah pembinaan oleh tim Dinas Kesehatan Provinsi, rumah sakit melakukan *self asesment* pertama (SA-1) dan dikirimkan kepada KARS untuk diteliti oleh surveyor yang pada saat survei akreditasi memberikan rekomendasi. Oleh surveyor SA-1 tersebut dinilai dan diberikan saran perbaikan serta pengarahan. Sembilan bulan setelah SA-1, dilakukan *self asesment* ke 2 (SA-2) juga dikirimkan ke surveyor melalui KARS seperti pada SA-1. Sembilan bulan setelah SA-2, KARS akan

melakukan survei akreditasi ulang. Pembinaan memperhatikan status akreditasi rumah sakit yaitu sertifikasi yang berlaku 1 tahun atau 3 tahun.

## KENDALA YANG DIHADAPI

Beberapa kondisi yang terjadi saat ini merupakan kendala bagi Dinas Kesehatan Provinsi dalam peran sebagai pembina khususnya pascasurvei akreditasi rumah sakit.

### 1. Pembinaan yang sentralistik

Dalam era desentralisasi, peran pembinaan dari Dinas Kesehatan Provinsi mungkin saja dinilai menyalahi karena sifatnya sentralistik. Trisnantoro L (2004) menyebutkan bahwa satu hal yang menghambat pencapaian desentralisasi kesehatan adalah belum difahaminya secara utuh dan belum dibuatnya rincian perubahan yang rinci dengan mengacu konsep *good governance*. Akibatnya terjadilah ketidakjelasan peran yang harus dijalankan oleh pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Yang harus ditekankan adalah bahwa desentralisasi dan sentralisasi bukanlah sesuatu yang hitam putih tetapi terdapat area abu-abu di antaranya. Dalam suasana desentralisasi tetap perlu dikaji peran dan fungsi mana yang harus didesentralisasikan dan mana yang harus tetap dipertahankan roh sentralistiknya. Perlu pemahaman setiap aktor kesehatan baik di tingkat Provinsi maupun Kabupaten/Kota bahwa pembinaan oleh Dinas Kesehatan Provinsi merupakan kegiatan sentralistik tanpa mengurangi porsi desentralisasi.

Selain itu, PP 41/2007 sebagai pengganti PP 8/2003 tentang organisasi perangkat daerah menyebutkan dalam pasal 7 ayat (2) bahwa Dinas Daerah Provinsi mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan daerah berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan. Dalam pasal 7 ayat (3) disebutkan bahwa Dinas Daerah Provinsi dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), menyelenggarakan fungsi:

- a. Perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya;
- b. Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum sesuai dengan lingkup tugasnya;
- c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya; dan

- d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh gubernur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Dalam pelaksanaan pembinaan dimaksud, Dinas Kesehatan Provinsi melaksanakan tugas *stewardship* atau pengarah yang oleh WHO (2000) disebutkan terdiri dari 3 (tiga) komponen yaitu a) formulasi kebijakan kesehatan anatar lain mendefinisikan visi dan arah sistem kesehatan daerahnya, b) regulasi menetapkan aturan main yang adil di bidang kesehatan dan c) kemampuan dan atau keterampilan dalam menilai kinerja dan membagi informasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Jadi dalam pembinaan pascasurvei akreditasi rumah sakit khususnya, peran Dinas Kesehatan Provinsi adalah sebagai pengarah yang mampu dan atau terampil dalam menilai kinerja serta membagi informasi yang berkaitan dengan kesehatan, dalam hal ini perumahan sakitan. Fungsi ini ditengarai belum dilaksanakan dengan baik, karena seperti yang disampaikan (Poerwani dan Sopacua, 2006), di Provinsi Jawa Timur hampir 50% dari rumah sakit pemerintah dan swasta yang dimiliki sudah terakreditasi penuh, tetapi belum satupun memperoleh pembinaan paska akreditasi. Sehingga ketika rumah sakit yang sudah terakreditasi akan melaksanakan penilaian akreditasi ulang, maka proses bimbingan dari Dinas Kesehatan Provinsi dilaksanakan tanpa sebelumnya ada pembinaan paska akreditasi yang seharusnya dilaksanakan selama kurun waktu setelah survei akreditasi yang pertama kali. Terlihat bahwa siklus pelaksanaan akreditasi belum terlaksana sebagaimana yang diharapkan.

### 2. Pembinaan sebagai proses pendampingan

Proses pendampingan juga merupakan fungsi yang diemban tim pembina Dinas Kesehatan Provinsi selain monitoring kegiatan untuk persiapan akreditasi rumah sakit. Pendampingan akan menolong rumah sakit yang menemukan jawaban dari masalah dalam pencapaian parameter setiap standar instrumen akreditasi rumah sakit. Untuk itu dibutuhkan pemahaman yang baik dari tim pembina Dinas Kesehatan Provinsi tentang materi dalam instrumen *self assessment* Akreditasi RS. Pemahaman ini diperlukan ketika dalam pembinaan ditemukan masalah dalam pencapaian skor pada parameter yang diukur, untuk mendapatkan persepsi yang sama.



Cuplikan gambaran kesan umum dalam pelaksanaan bimbingan persiapan survei akreditasi dalam standar Administrasi dan Manajemen di sebuah rumah sakit 'X' tahun 2006 oleh tim KARS (Poerwani, 2006) adalah sebagaimana berikut.

Kesan umum bimbingan persiapan survei akreditasi untuk kegiatan Administrasi dan Manajemen di RS 'X', tahun 2006:

1. Dalam rangka mempersiapkannya, Dinas Kesehatan Provinsi 'A' telah berperan aktif memberikan sosialisasi, penyuluhan dan arahan pentingnya pelaksanaan survei akreditasi rumah sakit, baik kepada RS 'X' maupun kepada Pemerintah Daerah Kabupaten 'B' selaku pemiliknya.
2. Tetapi sampai dengan bimbingan persiapan survei akreditasi oleh KARS, panitia Akreditasi RS 'X' belum membuat program kerja secara tertulis.
3. Pembimbing mengasumsikan dampak dari butir 5 di atas bahwa kekompakan pokja Administrasi dan Manajemen kurang terasa.
4. Koordinasi antar pokja juga belum nampak sehingga keterkaitan S1 (Standar 1) Administrasi dan Manajemen juga S2, S6 dan S7 dengan unit kerja lain di rumah sakit untuk mewujudkan visi, misi dan tujuan rumah sakit belum muncul.
5. Hasil pencapaian skor (35,83%) pada bimbingan ini masih jauh dari ketentuan untuk memperoleh status akreditasi bersyarat apalagi terakreditasi penuh (75%).

Cuplikan dari kesan umum di atas menunjukkan bahwa rumah sakit belum mempunyai pemahaman yang tepat tentang akreditasi rumah sakit. Sebagai contoh, panitia akreditasi rumah sakit harus memiliki program kerja secara tertulis, pentingnya kekompakan kelompok kerja dalam pelaksanaan persiapan survei akreditasi dan kerja sama antar unit terkait. Peran Dinas Kesehatan Provinsi dalam kesan umum disebutkan telah berperan aktif yang berdampak pada pengajuan untuk survei akreditasi oleh pimpinan rumah sakit.

Skor yang dicapai RS 'X' tersebut untuk kegiatan Administrasi dan Manajemen baru mencapai 35,83% padahal untuk terakreditasi penuh skor yang dicapai harus mencapai 75%. Terlihat ada gap yang cukup besar antara skor yang harus dicapai dan skor yang sudah dicapai. Dalam gap inilah proses pembinaan oleh tim Dinas Kesehatan Provinsi dilaksanakan dan

yang terjadi di sini adalah proses pendampingan. Sebagai contoh pada Tabel 3 tentang standar 1 dan 7 dalam kegiatan Administrasi dan Manajemen RS 'X', terlihat masih ada skor 0, 1, dan 2. Padahal untuk mencapai nilai 75% agar terakreditasi penuh dibutuhkan skor 3, 4, dan 5 untuk pengukuran parameter dalam setiap standar. Rekomendasi yang diberikan tim KARS dalam bimbingan persiapan survei akreditasi sesuai parameter dalam standar 1 dan 7 adalah sebagai dasar pembinaan oleh tim pembina Dinas Kesehatan Provinsi. Sebagai contoh, bahwa dalam pelaksanaan standar 7 untuk mencapai skor maksimal terkait dengan unit kerja lain. Untuk itu maka Dinas Kesehatan Provinsi sebagai pendamping memberikan alternatif kiat-kiat dalam mewujudkan pernyataan rekomendasi tersebut, disesuaikan dengan kondisi dan situasi yang ada di rumah sakit yang bersangkutan.

Kunci dalam memahami penilaian akreditasi adalah bahwa semua standar dan parameter dalam standar saling terkait. Apabila standar 1 tidak mencapai skor maksimal pada kedua parameternya, tidak hanya berdampak pada standar yang lain dalam pelayanan Administrasi dan Manajemen, tetapi pada pelayanan lain yang diukur dalam survei akreditasi. Misalnya survei akreditasi dilaksanakan untuk 5 pelayanan, maka pencapaian skor pada standar 1 pelayanan Administrasi dan Manajemen berdampak pada Pelayanan Medik, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan dan Pelayanan Rekam Medik.

Pemahaman ini yang perlu dimiliki tim pembina Dinas Kesehatan Provinsi, sehingga dalam fungsi pendampingan dapat memberikan alternatif solusi yang tepat sesuai dengan kebutuhan rumah sakit yang bersangkutan. Padahal pelatihan tentang akreditasi RS dan materi instrumen *self assessment* dari KARS atau Depkes untuk Dinas Kesehatan Provinsi dalam peran sebagai pembina belum optimal. Peran pendampingan dalam pembinaan penting, khususnya ketika Dinas Kesehatan Provinsi menghadapi rumah sakit swasta yang bentuk dan struktur organisasinya berbeda satu dengan yang lain dan berbeda dengan rumah sakit daerah.

### 3. Akreditasi versus ISO 9001–2000

Menghadapi globalisasi dengan isu ISO 9001–2000 menyebabkan rumah sakit menghadapi dilema yang disebabkan pemahaman yang belum tepat,

**Tabel 3.** Contoh pencapaian skor dan rekomendasi pada standar 1 dan 7 kegiatan Administrasi dan Manajemen sebagai hasil bimbingan persiapan survei akreditasi di RS 'X', Tahun 2007

Standar	Parameter	Skor	Rekomendasi
FALSAFAH DAN TUJUAN	1. Ada konsistensi antara visi, misi dan tujuan RS dengan kegiatan pelayanan yang ada	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visi, misi dan tujuan sudah ditetapkan oleh direktur RS, belum menunjukkan keterkaitannya dengan Visi, Misi &amp; Tujuan RS</li> <li>- Sempurnakan rencana strategik/rencana tahunan dengan kerja tim, lengkap dengan "paket rapat" dan buat evaluasi program yang sudah ada.</li> </ul>
	2. Masyarakat mengetahui keberadaan RS dan pelayanan yang tersedia	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bagan Organisasi RS belum dijabarkan, sehingga belum nampak unit untuk melaksanakan tugas dan fungsi memberikan informasi, penjelasan dan penyuluhan</li> <li>- Substansi/materi informasi yang perlu diberikan belum ada (dalam leaflet).</li> </ul>
EVALUASI DAN PENGENDALIAN MUTU	1. Pemilik dan pimpinan RS bertanggung jawab untuk mendorong budaya dan upaya peningkatan mutu	2	Program kerja perlu dibuat dan dievaluasi.
	2. Ada Program dan kegiatan melakukan evaluasi kepuasan pasien	0	Koordinasi dengan keperawatan untuk menyusun dan mengevaluasi kegiatan ini.
	3. Indikator klinik dikumpulkan, diolah dan dianalisis untuk digunakan melakukan evaluasi terhadap mutu pelayanan	0	Koordinasi dengan rekam medik.
	4. Dilakukan secara teratur penilaian terhadap sumber daya di rumah sakit	0	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Koordinasi dengan rekam medik untuk Grafik Barber Johnson</li> <li>- Selaraskan dengan S5 P3 untuk analisis keuangan <i>current ratio</i></li> <li>- Dapat dipertimbangkan panitia peningkatan mutu yang melaksanakan fungsi ini, bila SPI rumah sakit belum ada.</li> </ul>

apakah akan melaksanakan akreditasi atau ISO 9001–2000. Tim pembina Dinas Kesehatan Provinsi perlu memiliki dasar argumentasi yang kuat dan diperoleh dari pemahaman yang baik tentang akreditasi dan ISO 9001–2000 untuk menjawab dilema rumah sakit. Pemahaman tim pembina Dinas Kesehatan Provinsi yang belum optimal, akan menyebabkan pemahaman yang superfisial. Pemahaman yang superfisial akan menyebabkan kegagalan dalam menjelaskan kepada rumah sakit apa yang seharusnya mereka lakukan.

Menurut Surveyor Indonesia dalam Seminar Mutu (2005) ada beberapa perbedaan antara akreditasi dan ISO 9001–2000; diantaranya adalah bahwa persyaratan akreditasi adalah pemenuhan 7 standar pelayanan RS sedangkan standar pemenuhan ISO 9001–2000 adalah Sistem Manajemen Mutu yang dalam akreditasi adalah pada standar 7. Jadi di sinilah keterkaitan akreditasi dan ISO 9001–2000 dan ini yang perlu difahami tim pembina Dinas Kesehatan Provinsi.



**Tabel 4.** Persyaratan Standar Akreditasi dan ISO 9001–2000

Standar Akreditasi : Standar Pelayanan RS	ISO 9001–2000
1. Falsafah dan Tujuan	1. Sistem Manajemen Mutu
2. Administrasi dan Pengelolaan	2. Tanggungjawab Manajemen
3. Staf dan Pimpinan	3. Manajemen Sumber Daya
4. Fasilitas dan Peralatan	4. Realisasi Produk/Jasa
5. Kebijakan dan Prosedur	
6. Pengembangan Staf dan Program Pendidikan	
7. Evaluasi dan Pengendalian Mutu	

Sumber : Materi ppt Surveyor Indonesia, 2005 dalam Forum Mutu

Seharusnya isu tentang akreditasi dan ISO 9001–2000 tidak menjadi kendala pelaksanaan pembinaan, karena sebagaimana dijelaskan Poerwani dan Sopacua (2003) bahwa pada dasarnya tujuan utama akreditasi rumah sakit adalah agar kualitas atau mutu diintegrasikan dan dibudayakan ke dalam sistem pelayanan di rumah sakit. Secara khusus tujuannya adalah memberikan jaminan dan kepuasan pelanggan dan masyarakat bahwa pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit diselenggarakan sebaik mungkin sesuai standar yang berlaku. Maka manfaat akreditasi rumah sakit dapat dirasakan oleh berbagai pihak, baik rumah sakit, karyawan, pihak ke-3 (asuransi, supplier, pendidikan tenaga kesehatan) maupun masyarakat pengguna jasa layanan rumah sakit. Terutama pemerintah daerah sebagai pemilik dapat berbangga karena pelayanan rumah sakit di wilayah kerjanya dapat dipertanggungjawabkan mutu pelayanannya.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Penataan perumahnya sakit dan pembinaannya di Indonesia telah diatur melalui peraturan perundangan yang berlaku. Salah satunya adalah Akreditasi Rumah Sakit yang dilaksanakan oleh badan/unit independen (KARS) walaupun sertifikasi masih dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI dhi. Dirjen Yan Medik. Materi instrumen *self assessment* akreditasi rumah sakit dapat digunakan sebagai dasar mengembangkan instrumen/format pembinaan khususnya pascasurvei akreditasi oleh tim pembina Dinas Kesehatan Provinsi. Pembinaan pascasurvei akreditasi belum dilaksanakan secara optimal disebabkan berbagai kendala. Penyebab mendasar dari berbagai kendala ini karena pemahaman tim Dinas Kesehatan Provinsi

tentang akreditasi khususnya pascasurvei belum optimal.

### Saran

Diperlukan sosialisasi dan pembelajaran yang terus menerus agar pemahaman tentang kegiatan pembinaan perumah-sakitan oleh Dinas Kesehatan Provinsi secara berkesinambungan terutama pada pembinaan pascasurvei akreditasi rumah sakit, dilaksanakan sebagai upaya mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Indonesia, Departemen Kesehatan, 1999. Standar Pelayanan Rumah Sakit. Jakarta. Dirjen Pelayanan Medik.
- Indonesia, Departemen Kesehatan, 2002. *Permenkes No 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit Umum Daerah*. Jakarta
- KARS, 2004. Kumpulan materi pelatihan surveyor akreditasi rumah sakit. April 12–13.
- Poerwani SK dan Sopacua E, 2006. Akreditasi sebagai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* Vol. 9. No 3. Juli 2006.
- Poerwani SK, 2004. Laporan pelaksanaan bimbingan akreditasi rumah sakit. Jakarta. KARS.
- Poerwani SK. 2006. *Laporan pelaksanaan bimbingan akreditasi rumah sakit di Provinsi Sulawesi Selatan*. Jakarta; KARS.
- Poerwani SK, 2007. *Materi Pembinaan Pelaksanaan Akreditasi RS bagi Tim Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Nusa Tenggara Barat*. Jakarta; KARS.
- Poerwani SK, dkk., 2003. *Pengembangan sistem kelembagaan di bidang kesehatan dalam penerapan otonomi daerah (Tahap I Analisis Situasi)*. Surabaya. Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan.

- Poerwani SK dan Sopacua E, 2004. Upaya Pemerintah dalam Penataan Perumahan di Indonesia melalui Kegiatan Akreditasi. Makalah *dalam* Simposium I Badan Litbangkes. Jakarta 20–21 Desember. Jakarta: Badan litbang kesehatan.
- Surveyor Indonesia. 2005. Pengalaman konsultan manajemen mutu dalam meningkatkan mutu sarana pelayanan kesehatan. Jakarta.
- Trisnantoro L. 2004. Pengantar Seminar dalam Resume Seminar hari 1 : 3 tahun perjalanan desentralisasi Kesehatan di Indonesia, Yogyakarta; UGM.
- WHO, 2000. WHO report 2000. Genewa.